

اسم عائلة العميل	الحرف الأول	من الاسم الأوسط
اسم موظف الكيان المحيل:		
اسم وعنوان الكيان المحيل		

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات المتعلقة  
بعلاج اضطراب تعاطي المخدرات  
لعملاء العدالة الجنائية

رقم تعريف العميل في ولاية نيويورك (NYSID)

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

نوع الكيان المحيل [ ] المدعي العام	[ ] إطلاق السراح المشروط - عام [ ] إطلاق السراح المشروط - أزمة الإفراج
[ ] المحكمة	[ ] إطلاق السراح المشروط - الإفراج بموجب حكم Willard
[ ] المراقبة	[ ] إطلاق السراح المشروط - الإفراج بإعادة الحكم

التعليمات:  
1) أرسل نسخة من هذا النموذج المكتمل إلى مقدم العلاج للعميل؛  
2) وإضف نسخة من هذا النموذج المكتمل لملف العدالة الجنائية للعميل؛  
3) وقدم نسخة من هذا النموذج المكتمل للعميل/المدعي عليه!

1) أنا، الموقع أدناه، العميل/المدعي عليه، أوافق بموجب وأصرح بالتواصل بين الكيان المحيل، المذكور أعلاه، مقدم خدمة علاج اضطراب تعاطي المخدرات: \_\_\_\_\_

والتالي: \_\_\_\_\_

أوافق على الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالتقييم أو التقدير الفردي الخاص بي الحالي والسابق، وملخص التعاطي، والتشخيص، والتوصية العلاجية، وتاريخ القبول، والحالة كمرضى بما في ذلك برنامج ومستوى العلاج (أي سكني، أو مجتمعي، أو فردي، أو ضمن مجموعة)، والتقدم والالتزام بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: حضوري للعلاج، وتواريخ ونتائج اختبارات التعاطي، والتعاون مع برنامج العلاج الخاص بي، والتنبؤات، وإكمال العلاج أو سبب (أسباب) التوقف، وتاريخ الخروج، وحالة الخروج، وخطة الخروج.

الغرض من هذا الإفصاح هو تمكين الكيانات المذكورة أعلاه من التواصل فيما يتعلق باحتياجاتي العلاجية، وأنشطتي، وتاريخي والالتزام بتقييمي وعلاجي لأغراض مراقبة شروط وأحكام العلاج، والخروج، وأغراض إدارة الرعاية، وللاضطلاع بواجبات رسمية أخرى؛ و

2) أوافق كذلك وأفوض الاتصال بين الكيان المحيل المذكور أعلاه ومكتب ولاية نيويورك لخدمات ودعم الإدمان (OASAS)؛ ولـ OASAS أن يفصح عن المعلومات لشعبة ولاية نيويورك لخدمات العدالة الجنائية (DCJS)، فيما يتعلق ببيانات القبول والخروج لغرض أنشطة البحث وتقييم البرنامج. وأفهم أن أي تقارير أو دراسات تم جمعها من سجلاتي التي تم الكشف عنها بموجب هذا الإصدار لن تتضمن معلومات التعريف الشخصية التي ستظل سرية ومحمية من المزيد من إعادة الكشف.

أنا، الموقع أدناه، قد قرأت ما ورد أعلاه وأفوض موظفي الكيانات المفصحة المذكورة أعلاه بالكشف عن هذه المعلومات، والحصول عليها، ومشاركتها كما هو محدد هنا. وأفهم أنه، ما لم ينص على خلاف ذلك، ستظل هذه الموافقة سارية المفعول ولا يمكن إلغاؤها من قبلي حتى يكون هناك إنهاء رسمي وفعال، أو إلغاء لإطلاق سراحي من الحبس أو الإشراف المؤقت، أو إطلاق السراح تحت المراقبة، أو إطلاق السراح المشروط، أو الإشراف بعد الإفراج، أو الإفراج المشروط المحلي، أو أي إجراء أو قرار آخر من قبل سلطة الإفراج التي تمت إحالتي لها أو وافقت على العلاج بموجبها.

أفهم أيضاً أن أي عملية كشف عن معلومات تعريف شخصية تكون مفيدة بالجزء الثاني من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية CFR 42 الذي يحكم سرية سجلات علاج مرضى تعاطي المخدرات، بالإضافة إلى قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. Pts. 160 & 164؛ وأن إعادة الكشف عن هذه المعلومات لطرف آخر غير الأطراف المحددة أعلاه ممنوع دون الحصول على تفويض كتابي إضافي مني.

وأفهم أن البرنامج بشكل عام قد لا يشترط علاجي على ما إذا كنت أوقع على نموذج الموافقة، ولكن في ظروف محدودة معينة قد يتم حرمانني من العلاج إذا لم أوقع على نموذج الموافقة. بتوقيعي أدناه، أقر بأنني قد تلقيت نسخة من هذه الاستمارة.

(توقيع العميل)

(اسم العميل مكتوباً بخط اليد)

(التاريخ)